

SÍNTOMAS MÚSCULO-ESQUÉLETICOS DURANTE EL EMBARAZO EN UNA MUESTRA DE MUJERES ECUATORIANAS

*Tosal Herrero Beatriz, **Martínez Miguel Richart, ***García Ramón Pastor, ****Cabrerero García Julio
*****Reig Ferrer Abilio,*****Gutiérrez Alonso Luis y *****Luque Plaza Margarita.

- * Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Sant Joan (Alicante. España). Profesora visitante en el Programa de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador sede Esmeraldas.
- ** Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (España). Profesor visitante en el Programa de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador con sede en Esmeraldas.
- *** Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Sant Joan, Alicante (España).
- **** Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (España).
- ***** Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante (España).
- ***** Centro de Salud de Santomera, Murcia (España).
- ***** Centro de Salud de Archena, Murcia (España).

RESUMEN: Introducción: Los manuales de obstetricia citan numerosos signos y síntomas músculo-esqueléticos pero los porcentajes de mujeres que los presentan no aparecen registrados. Y en los trabajos no se estudian todos ellos simultáneamente. Objetivo: describir el comportamiento de los síntomas músculo-esqueléticos durante el embarazo. Material y Métodos: 745 gestantes, entrevistadas entre las 8 y 12 semanas de gestación, entre las 18 y 22 y entre las 37 y 42, procedentes de centros de salud de Esmeraldas (Ecuador). Resultados: Un 31,8% tuvo lumbalgia en algún momento de la gestación y un 15,6% ciatalgia, la lumbalgia aparece en un 40% en el tercer trimestre mientras que la ciatalgia desciende con el curso de la gestación. El dolor púbico y el de miembros inferiores se presenta en un 42,7% y un 46,6% de todas las mujeres. No se han encontrado diferencias en función de la edad, paridad, talla, peso, estado nutricional, raza o actividad. Conclusiones: Las gestantes tienen dificultad para diferenciar los procesos dolorosos. Han sobreinformado la presencia de ciatalgia en detrimento de la lumbalgia. El dolor de miembros inferiores es el más frecuente. La sintomatología músculo-esquelética dificulta el desempeño de las actividades de la vida diaria a más de un 10% de las mujeres.

Palabras clave: Lumbalgia, dolor de espalda, ciatalgia, dolor pélvico, dolor púbico, dolor de piernas, embarazo.

ABSTRACT: Introduction: The obstetrics manuals mention numerous signs and muscle-skeletal symptoms but the percentages of women that present them they don't appear registered. And in the works all they are not studied simultaneously. Objective: to describe the behavior of the muscle-skeletal symptoms during the pregnancy. Material and Methods: 745 gestantes, interviewees between the 8 and 12 weeks of gestation, among 18 22 and among 37 42, coming from centers of health of Emeralds (Ecuador). Results: 31,8% had back pain in some moment of the gestation and 15,6% sciatica, the back pain appears in 40% in the third trimester while the sciatica descends with the course of the gestation. The pubic pain and that legs pain is presented in 42,7% and 46,6% of all the women. They have not been differences in function of the age, parity, carves, weight, nutritional state, race or activity. Conclusions: The gestantes has difficulty to differentiate the painful processes. They have overestimate the sciatica presence in detriment of the back pain. The legs pain is the most frequent. The muscle-skeletal symptoms hinders the acting of the activities of the daily life to more than 10% of the women.

Key words: Back pain, sciatica, pelvic pain, pubic pain, legs pain, pregnancy

INTRODUCCIÓN

Cuando se hace una revisión de la bibliografía sobre los signos y síntomas músculo-esqueléticos asociados al embarazo normal se observa que en

los manuales de obstetricia⁽¹⁻⁴⁾, éstos son descritos, se menciona su posible etiología y se señalan los momentos de más frecuente aparición a lo largo del embarazo. En cambio, no suelen mostrar datos sobre su prevalencia ni sobre su evolución, y

cuando lo hacen, las cifras son muy variables de unos a otros.

Por otro lado, la mayoría de los trabajos publicados suelen referirse al dolor de espalda. Este es el síntoma más estudiado porque produce un impacto laboral o social considerable y porque sobre él se está estudiando la eficacia de diferentes tipos de tratamientos⁽⁵⁻¹⁴⁾. Por estas razones la mayoría de los estudios sobre esta sintomatología se llevan a cabo sobre mujeres embarazadas que son elegidas para participar en los estudios precisamente por presentar estos problemas de salud. Además las gestantes elegidas proceden, en la gran mayoría de los casos, de países del Norte de Europa^(8,9,11-14).

También es frecuente que algunos de los síntomas se estudien sólo en un momento de la gestación o tras el parto⁽¹⁵⁾, mientras que otros, tales como la ciatalgia, no aparecen prácticamente en la bibliografía. En muchos casos dichos trabajos no son realizados por especialistas en obstetricia.

Debido a esta asimetría en el estudio de los diferentes signos y síntomas, de algunos de ellos conocemos con bastante precisión su prevalencia, su historia natural, o el grado de incapacidad que ocasionan en la mujer a lo largo del embarazo, mientras que otros son ignorados, prácticamente, en la literatura especializada.

Nuestro objetivo, por tanto, es conocer la distribución de los signos y síntomas músculo-esqueléticos más frecuentes a lo largo del embarazo y su posible asociación con otras variables en una muestra de mujeres ecuatorianas.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio, de tipo descriptivo, se realizó mediante una encuesta aplicada a mujeres embarazadas, residentes en la ciudad de Esmeraldas (Ecuador) y en aldeas de su área metropolitana.

La muestra estaba compuesta por 745 mujeres elegidas de modo accidental, entrevistadas entre las 8 y 12 semanas de gestación ($n = 198$), 18 y 22 ($n = 255$), 37 y 42 ($n = 292$) semanas.

El cuestionario, cumplimentado de forma voluntaria

y mediante entrevista, fue realizado expresamente para el estudio. Contenía un listado sobre los signos y síntomas músculo-esqueléticos más frecuentes durante el embarazo, y se preguntaba a las mujeres sobre la presencia o no de los mismos en las dos semanas anteriores al momento de la entrevista. Dicho cuestionario, empleado con anterioridad para un estudio similar en una población española, fue adaptado en su contenido para adecuar las denominaciones de los síntomas al lenguaje coloquial de Esmeraldas. Tras la adaptación, los síntomas que se contemplaron fueron: lumbalgia (en el cuestionario dolor de riñones o de espalda), ciatalgia (en el cuestionario ciática), dolor púbico y dolores de miembros inferiores. También se administró la versión española del cuestionario COOP WONCA⁽¹⁶⁾ que fue autocumplimentado por las gestantes. Este cuestionario consta de nueve viñetas o láminas que valoran el estado funcional y el bienestar. Se administran siempre en el mismo orden: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Hay cinco alternativas de respuesta para cada una que están ilustradas por un dibujo que representa el correspondiente nivel de bienestar o función. Para el presente estudio se han utilizado exclusivamente los datos correspondientes a la lámina "actividades cotidianas", que valoraba el grado de dificultad experimentado, en las dos semanas anteriores al momento de la cumplimentación, al hacer las actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales. Con ello podríamos saber hasta que punto los síntomas músculo-esqueléticos afectaban a las actividades cotidianas desarrolladas por las gestantes.

Los datos fueron recogidos en los dispensarios de salud de la ciudad entre Noviembre de 1998 y Marzo de 1999 por 10 estudiantes del último año de la licenciatura en enfermería, que recibieron cuatro sesiones de entrenamiento por parte de una de las autoras, colaborando en el proceso de adaptación del cuestionario y efectuando una prueba piloto con 3 mujeres cada una.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.0, obteniendo distribuciones de frecuencias y porcentajes para cada uno de los signos estudiados. Se han analizado las

relaciones bivariadas de los síntomas con un conjunto de variables: a) sociodemográficas: edad, etnia –mestiza, negra, chachi–, trabajo –quehaceres domésticos, agricultura, comercio, empleada público, empleada doméstica–; b) físicas: talla y peso; c) clínicas: estado nutricional –normal, sobrepeso, desnutrición– y paridad y d) conductuales: consumo de tabaco –no fuma, fuma menos de 10 cigarrillos al día, fuma más de 10 cigarrillos al día–. Se ha utilizado la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba χ^2 , en función de la naturaleza y distribución de las variables a contrastar.

RESULTADOS

En cuanto a la muestra elegida, la edad de las mujeres osciló entre los 14 y los 48 años, con una media de edad de 25,23 años y una desviación típica de $\pm 6,24$ años. El 30,9% se consideraron gestantes de riesgo según los factores de riesgo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Para un 27,6% de las mujeres estudiadas el embarazo actual era el primero y para el 23,8% el segundo; el 49% restante tenía dos o más embarazos previos.

El 60,5% de las mujeres eran mestizas, el 37,1% era de raza negra y el 2,4% pertenecía a la raza de los indios Chachi. En el 69,4% de los casos, las mujeres eran de la ciudad de Esmeraldas; el resto procedían de los pueblos y aldeas adscritas a la misma.

Sobre el estado civil, un 60,2% de las mujeres encuestadas mantenía una relación estable, un 25% estaban casadas, un 8,9% de ellas estaban solteras. El porcentaje de separadas y viudas fue del 3,6 y 1,1%, respectivamente.

El 94,8% de las mujeres tenía estudios: el 29,4% primarios, el 52% secundarios y un 13,4% superiores.

En cuanto a la ocupación, el 71,4% de las mujeres trabajaban en su casa sin retribución. El resto trabajaba en comercios, instituciones públicas o como empleadas domésticas en porcentajes similares que estaban en torno al 6%.

Distribución de los signos y síntomas

Un 31,8% de todas las mujeres gestantes han tenido

lumbalgia en algún momento de la gestación y un 15,6% ciatalgia. La distribución de dichos síntomas por trimestres aparece en la figura 1 y sus intervalos de confianza, para un nivel del 95%, en la **tabla 1**. Como puede observarse, la lumbalgia aumenta con el desarrollo del embarazo y tiene su momento de máxima intensidad durante el tercer trimestre con un porcentaje de mujeres que la sufren cercano al 40%; mientras que la ciatalgia con porcentajes más bajos que el resto de síntomas desciende ligeramente con el curso de la gestación.

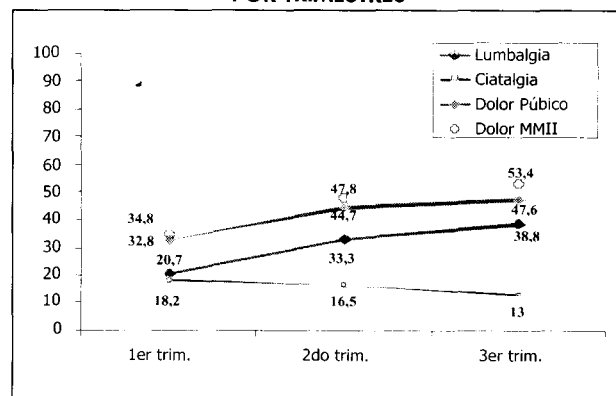
El dolor púbico y el de piernas, con porcentajes del 42,7% y el 46,6% respectivamente, son los síntomas músculo-esqueléticos más frecuentes durante la gestación. Su distribución por trimestres puede observarse en la **figura 1**. Ambos aumentan a lo largo de la gestación, y es interesante el hecho de que estos síntomas presenten frecuencias superiores al 30% en el primer trimestre.

Tabla 1
INTERVALOS DE CONFIANZA DE LOS SÍNTOMAS
POR TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Síntoma	1er Trimestre %	2do Trimestre %	3er Trimestre %
Lumbalgia	15,10 – 26,30	27,52–39,05	32,44–44,56
Ciatalgia	11,50–24,88	12–21	9,15–16,85
Dolor Púbico	26,27–39,33	38,60–50,80	41,88–53,30
Dolor MMII	28,17–41,43	41,67–53,93	47,65–59,12

Nivel de confianza del 95%

Figura 1
DISTRIBUCIÓN DE LA LUMBALGIA, A CIATALGIA,
EL DOLOR PÚBLICO Y DE MIEMBROS INFERIORES
POR TRIMESTRES



Asociación con otras variables

Entre las mujeres que presentan lumbalgia y las que no la presentan no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a paridad, edad, peso, talla (**tabla 2**), estado nutricional, tipo de actividad desarrollada, ni etnia (**tabla 3**). Tampoco se ha encontrado asociación entre estas variables y la presencia o no de ciatalgia o dolor púbico (**tablas 2 y 3**).

Sin embargo en el caso del dolor de miembros inferiores encontramos que existen diferencias significativas en la talla de quienes lo sufren y las que no ($t=-3,01$ $p = 0,003$) siendo mas frecuente el dolor de miembros inferiores en las mujeres mas altas; sufren más dolores de piernas las mujeres negras, seguidas de las mestizas y las chachis ($X^2=9,03$ $p=0,01$). También sufren más dolor las que tienen una mayor paridad ($t=-2,8$ $p = 0,005$). En cuanto al tipo de trabajo, la frecuencia del dolor de miembros inferiores es mayor en las gestantes que se dedican al trabajo doméstico con o sin retribución en comparación con las que se dedican al resto de actividades ($X^2=13,65$ $p= 0,03$).

Por otro lado, en cuanto al consumo de tabaco, son pocas las mujeres que no fuman (2,3%). La mayoría

fuma hasta 10 cigarrillos por día (18,8%) o más de 10 cigarrillos al día (78,7%). Este hábito no ha mostrado relaciones estadísticamente significativas con ninguno de los cuatro síntomas.

Los datos obtenidos con la lámina del cuestionario de calidad de vida (COOP WONCA) sobre la afectación de las actividades de la vida diaria (**tabla 4**) muestran que en el caso de la lumbalgia un 17,4% de las mujeres que la sufren tienen mucha o toda la dificultad para realizar estas actividades, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que lo padecen y las que no ($t=-3,6$ $p< 0,0001$). En el caso del dolor púbico esta afectación dificulta mucho las actividades cotidianas al 14,3% de las gestantes que lo padecen. Las mujeres con este dolor tienen más afectadas sus actividades cotidianas que las que no lo sufren ($t=-2,54$ $p<0,05$), y lo mismo ocurre en el caso del dolor de miembros inferiores ($t=-4,63$ $p< 0,0001$) que afecta mucho o totalmente en el desempeño de las actividades diarias a un 18,5% de las mujeres que lo presentan. Sin embargo, en el caso de la ciatalgia, a pesar de que el 13% de las mujeres que lo sufren ven afectadas mucho o totalmente el desempeño de sus actividades cotidianas, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes que la presentan y las que no ($t=-1$).

Tabla 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES FÍSICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS POR SÍNTOMA

	Lumbalgia			Ciatalgia			Dolor Púbico			Dolor Piernas		
	n	media	Dt	n	media	DS	n	media	Dt	n	media	Dt
Talla (cms)												
NO	508	155,34	(23,1)	629	155,61	(21,8)	427	155,47	(23,8)	398	153,84	(26,8)
SI	237	157,17	(12,2)	116	157,62	(7,8)	318	156,53	(14,3)	347	158,32	(7,1)
Peso (kgs)												
NO	508	62,50	(17,6)	629	62,72	(16,9)	427	62,18	(16,5)	398	62,01	(18,5)
SI	237	62,63	(12,5)	116	61,56	(11,5)	318	63,03	(15,7)	347	63,15	(13,1)
Edad (años)												
NO	499	25,42	(6,4)	619	25,31	(6,2)	418	25,11	(6,1)	390	24,82	(5,9)
SI	236	24,82	(5,9)	116	24,81	(6,1)	317	25,39	(6,4)	345	25,70	(6,6)
Paridad (nº hijos)												
NO	505	3,05	(2,2)	624	3,05	(3)	424	2,84	(2,1)	393	2,82	(2)
SI	235	3,00	(2,2)	116	2,95	(2,9)	316	3,29	(2,3)	247	3,27	(2,5)

NO = No presentan el síntoma

SI = Presentan el síntoma

Tabla 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS POR SÍNTOMA

	Lumbalgia		Ciatalgia		Dolor Púbico		Dolor MMII	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Raza	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Mestiza	313 (69,7)	136 (30,3)	381 (84,9)	68 (15,1)	254 (56,6)	195 (43,4)	254 (56,6)	195 (43,4)
Negra	177 (64,49)	98 (35,6)	220 (83,3)	46 (16,7)	150 (57,5)	117 (42,5)	129 (46,9)	146 (53,1)
Chachi	15 (83,3)	3 (16,7)	16 (88,9)	2 (11,1)	13 (72,2)	5 (27,8)	13 (72,2)	5 (27,5)
Trabajo	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Quehaceres domésticos	353 (66,4)	179 (36,6)	440 (82,7)	92 (17,3)	296 (55,6)	236 (44,4)	273 (51,3)	259 (48,7)
Agricultura	3 (100)	0	3 (100)	0	3 (100)	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Comerciante	26 (63,4)	15 (36,6)	34 (82,9)	7 (17,1)	22 (53,7)	19 (46,3)	22 (53,7)	19 (46,3)
Empleada institución pública	52 (75,4)	17 (24,6)	62 (88,9)	7 (10,1)	45 (65,2)	24 (34,8)	45 (65,2)	24 (34,8)
Empleada doméstica	34 (79,1)	9 (20)	36 (83,7)	7 (16,3)	22 (51,2)	21 (48,8)	21 (48,8)	22 (51,2)
Otros								
Estado Nutricional	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Normal	390 (68,5)	179 (31,5)	484 (85,1)	85 (14,9)	322 (56,6)	247 (43,4)	309 (54,3)	260 (45,7)
Sobrepeso	47 (73,4)	17 (26,6)	52 (81,3)	12 (18,8)	38 (59,4)	26 (40,6)	31 (48,4)	33 (51,6)
Desnutrición	64 (62,7)	38 (37,3)	84 (82,2)	18 (17,6)	59 (57,8)	43 (42,2)	53 (52)	49 (48)
Tabaco	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
No fuma	10 (59)	7 (41)	13 (76,5)	4 (23,5)	9 (53)	8 (47)	7 (41)	10 (59)
Fuma menos de 10 cigarrillos	88 (69)	40 (31)	112 (87,5)	16 (12,5)	76 (59)	52 (41)	71 (55,5)	57 (44,5)
Fuma más de 10 cigarrillos (al día)	363 (67,6)	174 (32,4)	444 (83)	93 (17)	292 (54,4)	245 (45,6)	284 (53)	253 (47)

Tabla 4
DIFERENCIAS EN EL GRADO DE DIFICULTAD AL HACER LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS ENTRE LAS MUJERES QUE SUFREN SÍNTOMAS Y LAS QUE NO

	Grado de dificultad al hacer las actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de la salud física o por problemas emocionales			T de Student para grupos independientes
	n	media	Desv. Tip	
Lumbalgia				
NO	497	2,13	1,06	t=-3,67 p<0,0001
SI	233	2,44	1,07	
Ciatalgia				
NO	615	2,20	1,07	t=-1,27 NS
SI	115	2,34	1,06	
Dolor Púbico				
NO	415	2,14	1,10	t=-2,54 p<0,05
SI	315	2,34	1,02	
Dolor Piernas				
NO	388	2,05	0,99	t=-4,6 p<0,0001
SI	342	2,42	1,13	

DISCUSIÓN

Lumbalgia

En nuestro estudio la lumbalgia se ha presentado en un 31,8% de las gestantes en algún momento del embarazo. Este dato contrasta con los resultados obtenidos por otros autores que encontraron prevalencias superiores como es el caso de los trabajos de: Berg⁽⁵⁾ (49%), Östgaard⁽¹¹⁾ (49%), Fast⁽¹⁰⁾ (56%) o los aportados por Bjorklund et al.⁽¹⁸⁾ en un estudio que se realizó en Suecia (41%), Finlandia (54%), Zanzibar (60%) y Tanzania (52%).

Los datos de estos estudios fueron obtenidos con diferentes diseños metodológicos a pesar de lo cual no se observan grandes diferencias en cuanto a la prevalencia. Una posible explicación a la menor prevalencia en nuestro medio puede ser que los sujetos son de etnias o contextos diferentes, ya que, como indican autores como Endresen⁽²⁰⁾, el dolor de espalda parece estar mas relacionado con aspectos culturales específicos; o Sydsjö et al⁽²¹⁾ que consideran que es

mas frecuente en los países mas desarrollados donde se ha transformado una situación considerada normal en una entidad patológica.

Otra explicación posible es que la definición de lumbalgia utilizada en cada uno de los trabajos no sea exactamente la misma, ya que para algunos autores el término incluye todo tipo de dolor de espalda y no sólo el de la región lumbosacra y, por tanto, puede que se haya producido un trasvase de un síntoma a otro. Este trasvase de síntomas no solo se produce por efecto de la definición del dolor por parte de cada investigador sino que, como mostró Östgaard⁽⁸⁾, las mujeres en muchos casos no son capaces de distinguir el tipo de dolor. En este sentido la razón mas probable de nuestra baja frecuencia puede radicar en que las mujeres han informado como ciatalgias lo que en realidad eran lumbalgias, tal y como veremos en el próximo epígrafe dedicado a este síndrome.

Por otro lado y como se ha descrito en los resultados, la frecuencia de la lumbalgia en el primer trimestre es de un 20,7%; aumentando progresivamente durante el segundo y tercer trimestres hasta llegar a una frecuencia máxima de un 38,8%. En este caso el aumento progresivo se asemeja al encontrado por otros autores. Así Kristiansson⁽¹⁴⁾ encontró un aumento desde el 40,5% en el primer trimestre a un 63,4% en el tercero. Los porcentajes hallados en su estudio son mayores que los nuestros en todos los trimestres circunstancia que puede ser debida a la probable confusión entre síntomas, antes mencionada.

En cuanto a la asociación con otras variables, se ha especulado con la asociación del dolor de espalda de la gestación y algunas variables tales como la edad (Östgaard⁽⁸⁾), la paridad (Östgaard⁽⁸⁾), la raza (MacEvelly⁽⁶⁾), el trabajo realizado (Berg⁽⁵⁾, MacEvelly⁽⁶⁾), el peso de la gestante o del feto y el consumo de tabaco (Berg⁽⁵⁾).

En nuestro estudio no se ha encontrado ninguna asociación estadística entre la lumbalgia y las variables mencionadas. Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Kristiansson⁽¹⁴⁾ y Fast⁽¹⁰⁾, aunque en el caso del consumo de tabaco debe tenerse en cuenta el efecto producido por la poca variabilidad de nuestros datos, ya que la mayoría de las mujeres (97,5%) son fumadoras.

En nuestra muestra, la lumbalgia afecta mucho o totalmente las actividades de la vida diaria al 17,4% de las mujeres que la presentan. Estos resultados son inferiores a los obtenidos por Kristiansson⁽¹⁴⁾, MacEvelly⁽⁶⁾ y Östgaard⁽⁸⁾, quienes encontraron dicha afectación en aproximadamente un tercio de estas gestantes. Esta diferencia puede deberse al tipo de instrumento utilizado; en nuestro caso la lámina para valorar la afectación de las actividades cotidianas dentro del COOP WONCA y en el de Kristiansson⁽¹⁴⁾ un cuestionario con 12 items, con escalas visuales analógicas de 0 a 100 (ninguna afectación-incapacidad total) y que valoraba el grado de afectación en actividades de la vida diaria básicas, instrumentales, movilidad y ejercicio físico.

Ciatalgia

La ciatalgia no se considera estrictamente un síntoma asociado a la gestación sino que es un síndrome clínico que normalmente ocurre en asociación con una disfunción de la articulación sacro-iliaca, que se produce cuando los ligamentos articulares se relajan y comprimen el nervio ciático. La ciatalgia durante la gestación ha sido un tema prácticamente ignorado por la literatura.

En nuestro estudio la ciatalgia afecta a un 15,6% de las mujeres, con una distribución que desciende ligeramente a lo largo de la gestación. Estos datos contrastan de modo llamativo con los expuestos por Ostgaard⁽¹²⁾ quien encontró una frecuencia real de afectación del dermatoma del nervio ciático de un 1%.

Esto significa, por tanto, que en nuestro estudio la frecuencia de la ciatalgia está magnificada en detrimento de otros síntomas. Esto es debido a que en nuestro estudio los síntomas son los referidos por las mujeres y es posible que ellas consideren que el dolor de espalda o pélvico que irradia hacia las extremidades es una ciatalgia. En este sentido y como mencionábamos anteriormente Östgaard encontró que las mujeres tenían en muchos casos dificultad para distinguir entre algunos procesos dolorosos.

Otro dato en consonancia con este hecho es que las mujeres con este dolor no tienen más dificultades que las gestantes que dicen no sufrirlo para desarrollar las actividades de la vida diaria, cosa bastante improbable si se tratase de ciatalgias verdaderas.

Como en el caso de la lumbalgia, no se ha encontrado relación entre la ciatalgia y variables como la etnia, la paridad, el trabajo, el peso y la talla, el estado nutricional y el consumo de tabaco.

Dolor púbico

Un 42,7% de las gestantes dice sufrir este síntoma en algún momento del embarazo y es, junto con el dolor de miembros inferiores, uno de los síntomas músculo-esqueléticos más frecuentes durante la gestación.

Como el resto de los síntomas, en la literatura encontramos que existe dificultad para su definición, no sólo por parte de las gestantes sino también por los profesionales. Por ello en algunos casos se ha considerado como un síntoma aislado, otras veces se ha asociado al dolor pélvico en general y otras incluso al dolor lumbosacro.

Nuestros datos, no obstante, se corresponden bastante bien con los obtenidos por otros autores. Östgaard⁽⁸⁾ encontró el dolor púbico en un 50% de las gestantes, Berg⁽⁵⁾ obtuvo un 42%, y Bjorklund⁽¹⁸⁾ encontró una prevalencia del 56% en su muestra sueca y un 40% en la tanzana.

En cuanto a su distribución a lo largo de la gestación, en nuestro estudio es de un 32,8% durante el primer trimestre, 44,7% durante el segundo y 47,6% durante el tercero. No hemos encontrado otros estudios en los que se muestre la distribución del dolor púbico por trimestres, pero sí uno que estudiaba cuando aparecía este síntoma por primera vez durante la gestación. Hansen⁽¹⁹⁾ mostró que en el 39% de los casos apareció en el primer trimestre, en un 38% en el segundo y en un 23% en el tercero.

En cuanto a los problemas que tienen las gestantes con dolor púbico para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, en nuestro estudio la afectación total o muy severa se produce en un 14,3% de las gestantes, cifra casi tan elevada como en el caso de la lumbalgia y estadísticamente significativa con respecto a las mujeres que no lo padecen. Nuestro valor del 14,1% es comparable con el de Hansen que encontró que un 15% de las mujeres tenían su actividad reducida en más de un 75% debido al dolor pélvico.

Tampoco el dolor púbico ha mostrado asociaciones

estadísticamente significativas con las variables físicas, sociodemográficas y de estilos de vida consideradas en este estudio.

Dolor de miembros inferiores

Es el síntoma músculo esquelético más frecuente durante la gestación ya que el 46,6% de las mujeres informan haberlo padecido en algún momento, resultando incapacitante para el desarrollo de su actividad normal a un 18,5% de ellas. A pesar de ser un síntoma clásicamente asociado a la gestación, debido al dolor por los edemas o por las varices, no hemos encontrado prácticamente ningún trabajo en el que se estudie el dolor de miembros inferiores durante la gestación. Sólo el estudio de Vullo⁽²²⁾, hecho con mujeres durante el postparto y en el que se pregunta por el dolor de cadera, rodilla y pies mostraba que el 56% de la mujeres en el postparto presentaban algún tipo de dolor de miembros inferiores y que en el 82% de ellas había comenzado durante la gestación. Aunque no conocemos otros trabajos que analicen esta cuestión, en el presente estudio este síntoma ha mostrado asociaciones estadísticamente significativas con la etnia, la paridad y el tipo de trabajo.

CONCLUSIONES

Es probable que, como describen autores anteriores, las mujeres gestantes tengan dificultad para diferenciar entre procesos dolorosos diferentes pero similares. Esto haría que posibles lumbalgias fuesen referidas como ciatalgias, con la consiguiente distorsión en los resultados de este estudio. Así, parece haberse sobrevalorado la ciatalgia en detrimento de la lumbalgia, en comparación con otros autores.

El dolor de miembros inferiores es el síntoma más frecuente en nuestra muestra, y clásico en la bibliografía; pero en realidad apenas estudiado durante la gestación por otros autores. El ser alta o haber parido alguna vez parece ser un factor de riesgo para padecerlo.

La distribución de lumbalgia, dolor púbico y dolor de miembros inferiores es paralela a lo largo de la gestación, siendo más frecuentes cuanto más avanzado está el embarazo. Mientras que la ciatalgia se mantiene estable a lo largo del embarazo.

Todos los síntomas están más presentes en la

desnutrición que en el sobrepeso, destacando la lumbalgia.

En general, los síntomas no están bien definidos ni por los profesionales ni por las propias gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Miguel JR, Sánchez Movellan MM. En: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Manual de asistencia al embarazo normal. España: Fabre González; 1994.
2. Gary F, Mc Donald P. Adaptación materna al embarazo. En: Williams Obstetricia. 4ª ed. Barcelona, España: Másón; 1996.
3. Dickason E, Silverman B, Schult M. Enfermería Materno-infantil. Barcelona, España: Mosby Doyma; 1996.
4. González Merlo J. Modificaciones fisiológicas producidas en el organismo materno por el embarazo. En: Williams. Obstetricia 4ª ed. Barcelona, España: Masón; 1992.
5. Berg G. Low Back Pain During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 71 (1):71-5.
6. Mac Evely M., Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. *Pain* 1996; 64: 405-414.
7. Russell R, Reynolds F. Back pain, pregnancy, and childbirth. *BMJ* 1997; 314:1062.
8. Östgaard H, Zetherström G, Roos-Hansson E. Back pain in relation to pregnancy. A 6 year follow-up. *Spine* 1997; 22 (24): 2945-50.
9. Kristiansson P, Svärdsudd, Schoultz B. Back Pain During Pregnancy. A Prospective Study. *Spine* 1996;21(6): 702-09.
10. Fast A, Shapiro D, Ucommun EJ, Friedmann LW, Bouklas T, Floman Y. Low-back pain in pregnancy. *Spine* 1997; 12 (4): 368-71.
11. Östgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine* 1991; 16 (5): 549-52.
12. Östgaard HC, Andersson GB. Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy. *Spine* 1991;16 (4): 432-6.
13. Björklund K, Naessén T, Nordstrom ML, Bergstrom S. Pregnancy related back and pelvic pain and changes in bone density. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 681-85.
14. Kristiansson P, Svärdsudd, Schoultz B. Serum relaxin, symphyseal pain and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175 (5):1342-47.
15. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *BMJ* 1996; 312: 1384-88.
16. Lizán L, Reig A, Ayala MA. La versión española del cuestionario de salud COOP/WONCA: matriz multirrasgo-multimétodo. *Aten Primaria* 1997; 20:291.
17. Young G, Jewell D. Interventions for preventing and treating backache in pregnancy. *The Cochrane Library* 2000; 4.
18. Björklund K, Bergstrom S. Is pelvic pain a welfare complaint? *Acta Obstet Gynecol Scand* 79: 24-30, 2000.
19. Hansen A. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. Symptoms and clinical signs. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78: 111-15.
20. Endresen EH. Pelvic pain during pregnancy: a condition with many names and ambiguously defined (Medline) *Tidsskr Nor Laegforen* 1995; 115: 3271-3.
21. Sydsjö A, Sydsjö G, Wijma B. Increase in sick leaves rates caused by back pain among pregnant Swedish women after amelioration of social benefits. *Spine* 1998; 23: 1986-90.
22. Vullo VJ, Richardson JK, Hurvitz EA. Hip, Knee and Foot Pain during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Practice* 1996; 43 (1): 63-8.